

【吸入指導評価報告書】

薬剤師 → 医師

医療機関名

担当医師

患者ID

患者氏名

年齢

才

性別

病院

先生

① 1回目の吸入指導 指導日 年 月 日 薬剤師名 ㊞

本人に指導した 本人が来局せず指導ができなかった 本人以外[]に説明した

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------|---------|
| 薬効分類 | | | |
| 薬剤名 | | | |
| 吸入指導をしましたか？ | 指導済 | 指導未 | 指導済 指導未 |
| <input type="checkbox"/> 練習器／実薬で指導(確認)した <input type="checkbox"/> 口頭で指導(確認)した <input type="checkbox"/> その他[] <input type="checkbox"/> 補助器具を使用 <input type="checkbox"/> 併用禁忌薬剤[] <input type="checkbox"/> 吸入困難です(変更をご考慮下さい) | | | |
| 発作の回数(この4週間で) | | SABA 使用回数(この4週間で) | |
| 喫煙の状況 | | 次回の受診日(来局予定日) | |
| <指導に対する理解の程度> | <備考欄> | | |

① 病状確認 指導日 年 月 日 薬剤師名 ㊞

調子が良くなった 調子が悪くなった 変わりなし その他[]

※ 下記②の「1回目の吸入指導の評価」は、最低限(★)マークの付いている3項目は必ず評価してください

② 1回目の吸入指導の評価【指導前に確認して下さい】※ できる…◎/まあまあできる…○/できない…△

| | | | |
|--------------------|----|-------------------|--------------|
| 薬効分類 | | | |
| 薬剤名 | | | |
| ★ デバイスの操作 | ◎ | ○ | △ |
| 吸入前の息吐き | ◎ | ○ | △ |
| 吸入時の姿勢と吸入のタイミング | ◎ | ○ | △ |
| 吸入後の息止めと息吐き | ◎ | ○ | △ |
| ★ うがいはできているか | ◎ | ○ | △ |
| 吸入器の管理(残数管理を含む) | ◎ | ○ | △ |
| 継続(再)指導の必要性 | 必要 | 不必要 | 必要 不必要 |
| 知識の評価 | | 理解度 | 服薬アドヒアランスの評価 |
| 使用薬剤の名前と用法用量が言える | ◎ | ○ | △ |
| コントロール薬と発作時の薬の使い分け | ◎ | ○ | △ |
| ★ 副作用についての理解 | ◎ | ○ | △ |
| | | | |
| | | SABA 使用回数(この4週間で) | |

副作用出現: 口内炎 嘔声 尿閉 口渇 動悸 振戦 その他[]

③ 2回目の吸入指導

本人に指導した 本人が来局せず指導ができなかった 本人以外[]に説明した

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------|---------|
| 薬効分類 | | | |
| 薬剤名 | | | |
| 吸入指導をしましたか？ | 指導済 | 指導未 | 指導済 指導未 |
| <input type="checkbox"/> 練習器／実薬で指導(確認)した <input type="checkbox"/> 口頭で指導(確認)した <input type="checkbox"/> その他[] <input type="checkbox"/> 補助器具を使用 <input type="checkbox"/> 併用禁忌薬剤[] <input type="checkbox"/> 吸入困難です(変更をご考慮下さい) | | | |
| 喫煙の状況 | | 次回の受診日(来局予定日) | |
| <指導に対する理解の程度> | <備考欄> | | |